

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1918-1919 — N° 5

5

LA

RÉDUCTION PAR COLPOTOMIE

DE LA

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

(FORMES GRAVES)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 3 janvier 1919

PAR

Marie-Thérèse VILLARD

Licenciée es sciences naturelles

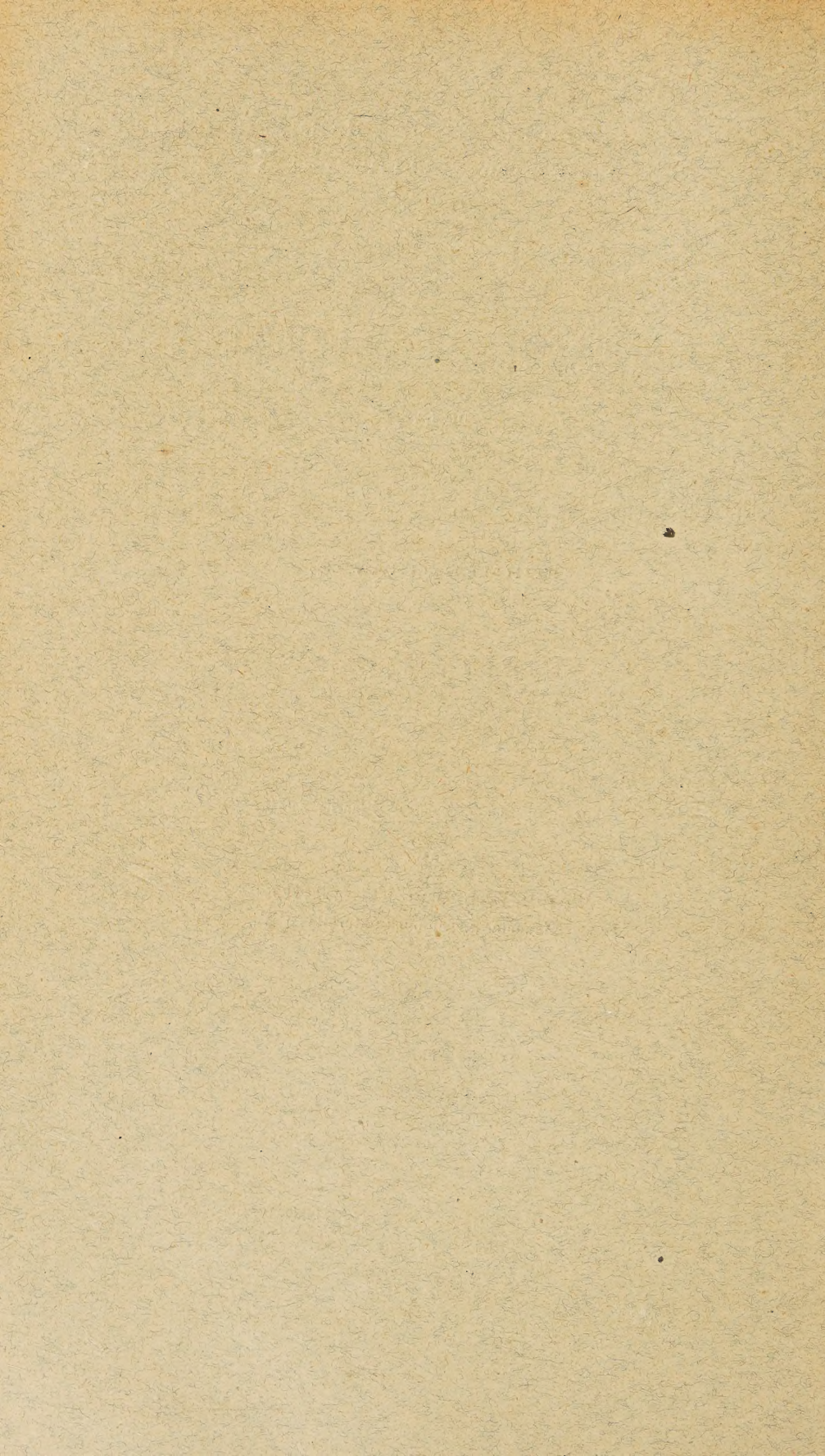


LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

1919



LA
RÉDUCTION PAR COLPOTOMIE
DE LA
RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE
(FORMES GRAVES)

LA

RÉDUCTION PAR COLPOTOMIE

DE LA

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

(FORMES GRAVES)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 3 janvier 1919

PAR

Marie-Thérèse VILLARD

Licenciée es sciences naturelles



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
ROQUE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. TIXIER. BERARD. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LÉPINE (J.). WEILL. POLLOSSON (A.). CEUZET. HUGOUNENQ. MOREL. MOREAU. GUIART. TESTUT. X... DOYON. COLLET. X... PAVIOT. POLLOSSON (M.). COURMONT (P.). ÉTIENNE MARTIN. LESIEUR. PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies nerveuses et mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale	
Chimie biologique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOYE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et Médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.	MM. FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (L.).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIERY.
LAROYENNE.	THEVENOT (L.).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	BONNAMOUR.

M. BAYLE, Secrétaire.

chargé des fonctions

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. POLLOSSON, Président; M. PIC, Assesseur;
MM. SIRAUD et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE LOUIS

A MA MÈRE

En faible témoignage de ma vive
reconnaissance et de ma profonde ten-
dresse.

A MES FRÈRES

A MES AMIES

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

Tombés au champ d'honneur

A MON MARI
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VILLARD

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui m'a inspiré ce travail et comme
preuve de ma grande affection,

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

Professeur de Clinique gynécologique à l'Université de Lyon
Chirurgien-Major de la Charité

Je lui suis très reconnaissante du
grand honneur qu'il me fait en accep-
tant de présider cette thèse.

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SIRAUD

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CONDAMIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

C'est sous la direction de M. le professeur Teissier que j'ai fait mes débuts en médecine et c'est à lui que vont tout d'abord mes remerciements. Nous n'oublierons jamais son très bienveillant accueil dans son service, ses leçons profondes et variées qui ont laissé une telle empreinte dans notre éducation médicale, ni l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

En quittant M. Teissier, nos études prirent une orientation différente par le fait d'événements imprévus : la guerre éclata.

Aux premiers jours de la mobilisation, les services hospitaliers se trouvèrent brusquement déserts par le départ des internes et des externes appelés sous les drapeaux. Pendant ces heures tragiques, chacun désirait faire son devoir, participer à l'effort commun, prendre sa part de l'immense souffrance. Beaucoup parmi nous, les étudiantes, eussent préféré partir dans les formations sanitaires, mais un fait curieux dans cette guerre fut le complet dédain dans lequel on nous tint. Alors que les sociétés de Croix-Rouge eurent toutes les facilités, tous les avantages, nous restâmes toujours ignorées. Si nous voulions aller dans les villes de l'avant qui se trouvaient privées de soins médicaux, nous ne pouvions y parvenir que sous la cape et le voile bleus. Plus tard, des fem-

mes furent enfin admises dans les ambulances du front, mais seules des infirmières y furent envoyées. Une femme médecin, pour être acceptée devait cacher son titre de docteur, oublier sa profession et se contenter de donner aux blessés des soins de garde-malade. Cette conduite vis-à-vis de femmes ayant fourni des preuves d'énergie et de travail, ce mépris pour nos titres acquis aussi laborieusement que ceux de nos confrères hommes est d'autant plus étrange que, en Angleterre, par exemple, les femmes médecins furent toutes désignées pour remplir les places auxquelles les destinaient leurs études et leurs grades.

Donc, nous étions obligées de rester à l'arrière et nous avons essayé de remplacer sans grande expérience, mais avec beaucoup de bonne volonté, nos camarades absents.

Nous fûmes placée comme interne provisoire auprès de celui qui fut l'inspirateur de ce travail : c'est à lui que nous devons toute notre éducation chirurgicale. Il sut nous communiquer son enthousiasme, son ardeur au progrès ; il nous a imprégnée de sa belle conscience professionnelle. C'est lui qui a aplani les difficultés du chemin, expliquant avec des mots très simples des choses très difficiles, éclairant de sa parole lumineuse le diagnostic le plus aride.

Nous avons trouvé dans son service un enseignement clair, précis, bien que parfois un peu rude. Nous avons le souvenir de violentes apostrophes pour un spica aux spires contournées, pour une pince écartées mal à propos, ou pour une observation incomplète. Tout cela était pour nous apprendre à agir vite et bien et à faire en temps opportun le *geste utile*. Ce procédé

avait donc du bon malgré son amertume, et je suis très heureuse de pouvoir dire ici toute la gratitude et tout le dévouement que j'ai pour mon mari.

Je tiens à remercier M. le professeur Weill de nous avoir acceptée dans son service comme interne déléguée. Nous avons passé quatorze mois auprès de lui, puisant de grandes et originales leçons dans ses longues causeries au chevet des malades, toujours captivée par son esprit chercheur si largement ouvert à toutes les questions.

Nous adressons nos remerciements à nos maîtres de la Faculté et tout particulièrement à M. le professeur Pic, qui nous a toujours témoigné une grande bonté, et à M. le professeur Paviot, auquel nous sommes heureuse de rappeler ici notre sincère et très ancienne amitié.

Nous tenons, enfin, à adresser à M. le professeur adjoint Vaney, de la Faculté des Sciences, notre souvenir reconnaissant pour la façon bienveillante dont il nous a accueillie et pour les encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant nos années de licence.

INTRODUCTION

Au début du mois de décembre entrant, salle Gensoul, à l'Hôtel-Dieu, une malade ayant une énorme distension vésicale due à une incarceration d'un utérus grévde en rétroversion. La réduction étant impossible par les procédés habituels, cathétérisme vésical, position génu-pectorale, refoulement manuel, M. Villard pratiqua la réduction sous anesthésie par le procédé de la colpotomie qu'il avait déjà employé à l'hôpital de la Croix-Rousse, en 1903, pour une malade présentant les mêmes phénomènes d'utérus grévde en rétroversion compliqué de cystite gangreneuse.

Ayant recherché dans la bibliographie ce qu'il était dit à ce sujet, je ne trouvais ce procédé utilisé par aucun auteur et il m'a paru intéressant de le décrire dans cette thèse.

Je citerai donc rapidement dans un premier chapitre les moyens de réduction généralement employés. Puis, j'exposerai ensuite la technique du procédé en citant les observations des malades chez lesquelles cette intervention fut pratiquée. Enfin, après discussion des avantages présentés par cette méthode sur celles utilisées par les auteurs, nous envisagerons ses indications.

Nous nous ferons, dans cet exposé, l'interprète aussi fidèle que possible des idées que nous avons entendu exprimer par M. Villard sur ce sujet.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur le traitement de l'utérus gravide en rétroversion

La rétroversion de l'utérus gravide comporte rarement des indications chirurgicales. Le plus habituellement, la déviation utérine se réduit spontanément dans les tous premiers mois de la grossesse et lorsque cette réduction spontanée ne s'effectue pas, les malaises ressentis par les malades, tels qu'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et surtout des troubles urinaires caractérisés par des mictions difficiles et fréquentes, quelquefois par une rétention complète, attirent l'attention. Il est alors facile de corriger la déviation utérine ; des moyens simples, tels que le décubitus ventral, la position gènu-pectorale ou le simple cathétérisme évacuateur de la vessie permettent de l'obtenir.

En cas d'échec, la réduction manuelle par le toucher vaginal réussit dans l'immense majorité des cas, sans qu'il soit besoin de recourir à des manœuvres par voie rectale comme les ont préconisées Amussat, en 1843, et plus tard Dussaussoy, à Lyon, le toucher rectal permettant, suivant ces auteurs de reporter beaucoup plus haut les pressions sur le globe utérin et cela sans être gêné par le fond du cul-de-sac postérieur. Du reste, cette

thérapeutique est complètement abandonnée, croyons-nous.

La constance de la réduction de l'utérus gravide par de simples manœuvres est si habituelle que, d'une enquête un peu sommaire, il est vrai, que nous avons faite dans les services d'accouchements lyonnais, il semble que l'on ait eu que très exceptionnellement recours à des interventions sanglantes. Celles-ci sont pourtant de mise quelquefois, mais comme il s'agit alors de cas à allure symptomatique grave avec troubles vésicaux intenses, douleurs vives, élévation de température et apparence d'une tumeur abdominale plus ou moins volumineuse, les malades, par erreur de diagnostic, sont envoyées directement dans des services de chirurgie générale.

L'affection est prise soit pour une lésion urinaire, soit pour une inflammation péritonéale, mais surtout pour des accidents de torsion ou de suppuration de kyste de l'ovaire. La présence d'une grosse tumeur kystique constituée par la vessie distendue, les phénomènes douloureux, l'élévation de la température en rapport avec l'infection vésicale, permettent de comprendre l'erreur de diagnostic.

C'est ainsi que dans ces dernières années deux malades furent admises dans le service de M. Villard avec le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu, et une troisième avec celui de kyste de l'ovaire simple. Une de ces femmes, qui avait fait un trajet de deux cents kilomètres pour être opérée d'urgence de son kyste, fut guérie en quelques minutes par un simple cathétérisme évacuateur, la réduction utérine s'étant effectuée d'elle-même après l'effacement du globe vésical.

Les cas graves de rétroversion de l'utérus gravide se produisent après le troisième mois et surtout autour du quatrième mois. A cette époque, si la réduction n'est pas obtenue spontanément ou artificiellement, se produit l'incarcération qui entraîne des phénomènes de compression de la plus haute gravité, menaçant même la vie de la malade, soit par les troubles vésicaux qui peuvent aboutir à la gangrène et à la perforation de la vessie, soit par l'avortement qui devient menaçant. C'est dans ces cas rares, il est vrai, nous le répétons, qu'il est indispensable de réduire le plus rapidement possible la déviation utérine et si les manœuvres habituelles, telles que la position gènu-pectorale et les pressions manuelles échouent, il faut avoir recours à une intervention sanglante. Nous ne pensons pas, en effet, qu'il faille espérer beaucoup des procédés employant des sacs de caoutchouc, des ballons à eau du type de Pétersen, de Tarnier, de Champetier de Ribes, introduits dans le vagin ou dans le rectum. On n'espérera pas davantage du procédé curieux de Massart, de Honfleur, qui aurait réduit un utérus rétrodévié en appliquant sur le ventre de sa malade une vaste ventouse fournie par un vase de nuit.

Les méthodes chirurgicales de traitement de la rétroversion de l'utérus gravide ont été récemment groupées dans la thèse de Lerat (1), qui donne de la question une bibliographie très complète. Deux procédés ont été jusqu'à présent utilisés : l'avortement provoqué et la laparotomie.

L'avortement provoqué a été la ressource suprême à une époque où l'ouverture de l'abdomen était trop meur-

(1) LERAT (thèse Paris 1911).

trière et où le seul moyen de parer aux accidents était de sacrifier le fœtus et d'évacuer la cavité utérine. C'est la conduite qui a été préconisée par Joulin en 1867, Nœgèle et Grenser en 1869, et Playfair en 1879.

Son indication, quoique réduite, se trouve encore indiquée par Auvard en 1891, par Ribemont-Dessaignes et Lepage en 1890, et par Treub dans le traité d'accouchement de Bar, Brindeau et Chambrelent. M. A. Pollosson y a eu recours en 1907 dans un cas très grave rapporté par Trillat dans les *Annales de Gynécologie*.

Le fait même de la rétroposition de l'utérus complique beaucoup l'avortement dont on comprendra les difficultés en se rappelant quelle est la situation élevée du col utérin au-dessus de la symphyse, plaqué contre la paroi abdominale. Certains auteurs ont, pour ce fait, conseillé de ponctionner l'œuf au travers de la paroi utérine et Treub préconise, dans les cas graves, de vider l'utérus aussi rapidement que possible en utilisant l'incision directe de la paroi postérieure utérine par le vagin. De même, Durhssen incise largement la lèvre postérieure du col et Wennerström propose d'inciser le col en arrière et de décoller le péritoine avant de faire l'incision.

La nécessité de sacrifier l'enfant et les progrès de la chirurgie abdominale ont conduit à la pratique de la laparotomie.

L'idée de la laparotomie est de date ancienne, puisque Callisen, en 1822, conseilla d'ouvrir l'abdomen pour sauver la mère et l'enfant. Il est vrai que sa proposition fut violemment rejetée par les auteurs de cette époque.

Il faut arriver jusqu'à 1886 pour trouver dans le tra-

vail de Pinard et Varnier l'indication de la laparotomie nettement posée. Néanmoins, ce n'est qu'avec bien des réticences que Marcel Baudouin, dans sa thèse (1889) l'admet pour les cas désespérés et que Labadie-Lagrave et Legueux, en 1898, en acceptent l'indication exceptionnelle. Toutefois, l'idée a fait son chemin et la même année Jacobs publie onze observations personnelles dans lesquelles il a pratiqué avec succès la laparotomie pour utérus gravide rétrodévié.

Depuis cette époque, la question est à l'ordre du jour avec la thèse de Clerc en 1900, des observations de Pinard (1900), de Doleris en 1902, les articles de Ribemont-Dessaignes et Lepage, de Rudeaux, de Bar et de Vignard de Nantes, en 1910. Un même mouvement en faveur de la laparotomie était suivi à l'étranger, on en trouvera les détails dans la thèse de Lerat à laquelle nous les empruntons. Cet auteur, dans son travail, a pu réunir en 1911 quarante-cinq observations publiées en France, en Amérique et en Allemagne.

La technique de la laparotomie dans la rétrodéviation de l'utérus gravide consiste, après ouverture de l'abdomen dans la position de Tredlenburg, à chercher le redressement de l'utérus après libération des adhérences, s'il en existe. Cette manœuvre présente quelques difficultés parce que le corps utérin enclavé dans le pelvis est intimement moulé sur les parois de l'excavation et que les points de prise sont assez difficiles à constituer. On ne saurait, en effet, s'aider de pinces à griffes qui exposeraient au traumatisme de la paroi utérine et à l'avortement consécutif. Il faut donc soit s'adresser aux ligaments qui serviront de tracteurs,

soit glisser la main entre l'utérus et la face antérieure du sacrum pour tâcher d'atteindre le pôle inférieur de l'utérus. Fabre, dans son traité d'obstétrique, recommande d'introduire un doigt verticalement entre le sacrum et la matrice. Le plus habituellement, la réduction s'effectue néanmoins sans grande difficulté. Une fois l'utérus remis en place, de nombreux auteurs ont insisté sur la nécessité de le maintenir par une fixation consistant, soit dans l'hystéropexie, soit dans la ligamentopexie, soit par la mise en place de tampons ou de pessaires. Doleris, Vignard et Lerat pratiquent le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. Nous avouons ne pas comprendre la nécessité des pexies comme complément de la réduction chirurgicale de l'enclavement utérin. Lorsque celui-ci se réalise, c'est que la date de la grossesse a fait perdre au corps utérin droit de domicile dans le pelvis et aussitôt la décompression produite par sa libération, l'utérus devient incapable de reprendre sa place primitive ; si une fixation était nécessaire pour éviter une récurrence de la rétroversion, il est hors de doute que la laparotomie n'était pas de mise et qu'une réduction manuelle aurait amplement suffi. Quant à la mise en place dans le vagin de pessaires ou de tampons, pour les mêmes raisons leur inutilité est évidente et leur danger de provoquer l'avortement doit les faire condamner. Si la laparotomie est indiquée dans les cas graves, elle doit être pratiquée sans fixation complémentaire. Les résultats rapportés par Lerat portant sur quarante-cinq cas n'ont donné qu'une mort opératoire, cinq avortements et trente-neuf succès avec cessation de tous les accidents et continuation de la grossesse jusqu'à

terme. Parmi les avortements, il semble même qu'il faille exclure deux fausses-couches survenues l'une quatre semaines, l'autre cinq mois après l'intervention. Tel est le bilan de la laparotomie. Elle a été, dans toutes les opérations précédentes, la seule voie d'accès suivie pour exercer directement sur le corps utérin les manœuvres de réduction. A côté d'elle doit se placer la laparotomie vaginale, la colpotomie, que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE II

La Réduction par Colpotomie **Technique opératoire**

Malgré les recherches bibliographiques que nous avons faites aussi complètes que possible, nous n'avons trouvé nulle part l'idée de pratiquer la réduction de l'utérus gravide inversé et incarcerated, par colpotomie. Le fait est peut-être possible, on nous excusera si certaines difficultés actuelles dans les investigations bibliographiques nous ont induite en erreur.

La colpotomie nous semble donc avoir été utilisée pour la première fois par M. Villard, en 1903, dans l'observation I que nous rapportons à la fin de notre travail. Dans ce cas, la gravité des accidents locaux, la réaction sur l'état général, la crainte de provoquer par une intervention un peu longue un avortement menaçant, a fait penser qu'une opération courte par voie vaginale pouvait être de mise. Le résultat a été des plus satisfaisants.

Depuis cette époque, aucun autre fait ne s'est présenté justifiant une intervention analogue et c'est seulement dans ces derniers temps qu'un cas d'irréductibilité d'un utérus gravide rétroversé a fourni l'indication d'une réduction par colpotomie. Jusqu'à plus ample informé, toute l'histoire de cette opération se résume à ces deux

cas. Nous allons exposer rapidement la technique opératoire de cette intervention.

La malade peut être anesthésiée pendant un laps de temps très court. Aussi est-il possible d'utiliser la simple anesthésie au chlorure d'éthyle, quitte à la compléter par une anesthésie à l'éther si l'opération avait une durée plus longue qu'on ne le prévoyait. Dans nos deux observations, les malades ont été anesthésiées à l'éther, mais, étant donné la brièveté de l'acte opératoire, une simple anesthésie au kélène eût suffi.

Mise en position gynécologique, cathétérisme évacuateur complet de la vessie, désinfection habituelle de la vulve, du périnée et du vagin. Un simple détail découle des conditions anatomiques particulières, il résulte de la déviation utérine et consiste dans la profondeur et l'élévation du cul-de-sac antérieur qui devra être irrigué minutieusement, d'autant que les troubles vésicaux et l'infection qui les accompagne sont cause d'une scepticité anormale. Le lavage et l'écouvillonnage à l'éther sont particulièrement indiqués. Une valve placée sur la commissure postérieure facilite les manœuvres. On aperçoit alors le cul-de-sac postérieur refoulé vers l'extérieur, bombant comme soulevé par une volumineuse collection et l'on est frappé de sa coloration rouge violacé qui résulte des phénomènes de compression pelvienne. Le col est invisible, caché et réfugié très haut derrière la symphyse. Il faut, néanmoins, le repérer avec le doigt, de façon à préciser la situation de l'isthme et du point de réflexion du cul-de-sac postérieur. C'est à deux travers de doigt au-dessous de ce point que doit porter l'incision.

L'ouverture du cul-de-sac est faite sur la ligne médiane transversalement, au ciseau ; elle doit être pratiquée avec prudence, car, dans les cas que nous rapportons, on a été frappé de la minceur relative de la paroi vaginale et il y a lieu d'éviter la blessure du corps utérin. Aussitôt la cavité péritonéale ouverte, les bords de l'incision sont saisis et repérés par des pinces hémostatiques dont la longueur est suffisante, étant donné le refoulement en bas du cul-de-sac postérieur. L'incision est ensuite agrandie transversalement, de façon à permettre l'admission facile de trois ou quatre doigts. L'état de grossesse rend cette étendue d'incision très possible. Au travers d'elle apparaît le corps utérin lisse avec sa coloration rouge vineux spéciale. C'est à ce moment que la réduction manuelle va entrer en jeu.

L'opérateur introduit par la brèche vaginale les trois doigts médians de la main droite, s'il est nécessaire quatre doigts peuvent passer par l'ouverture. Ceux-ci sont nus ou garnis d'un gant caoutchouté très fin qui facilite le glissement et permet de réduire au minimum le traumatisme de la surface utérine, nous en conseillons vivement l'usage. Les doigts sont tout d'abord dirigés en bas et en arrière en suivant le contour du globe utérin, ils sont conduits vers la concavité du sacrum et par une exploration latérale s'assurent de l'existence ou non d'adhérences pathologiques. Si celles-ci existent, elles sont libérées par dilacération ou section ; il n'en a pas été signalé d'appréciables dans les cas que nous rapportons. Les extrémités digitales, suivant la face antérieure du sacrum, sont dirigées dans la direction du promontoire, empaumant véritablement la

sphère utérine. Par un mouvement élastique et doux, la courbure digitale est ensuite progressivement redressée et par ce mécanisme l'utérus est ~~refoulé~~ au-dessus du détroit supérieur dans un véritable mouvement de glissement sur un plan incliné. On évite par cette manœuvre très simple de refouler l'utérus par le bout des doigts, pratique infiniment plus traumatisante du corps utérin et par conséquent exposant davantage à un avortement possible.

Au moment de la réduction, on perçoit comme nous le signalons dans notre deuxième observation, un fort sifflement d'*aspiration aérique*, analogue à celui que l'on observe dans le désenclavement de certains fibrômes pelviens. Nous insistons tout particulièrement sur ce phénomène, car il démontre quel rôle peut jouer dans l'irréductibilité de l'utérus gravide, la pression atmosphérique, et nous verrons plus loin qu'il plaide en faveur de la colpotomie. Dans nos deux observations, la réduction a été très vite obtenue et avec un minimum d'effort, paradoxal même, étant donné l'insuccès de la réduction manuelle vaginale.

Aussitôt l'utérus remonté au-dessus du détroit supérieur, on s'assure de sa réduction parfaite par la palpation abdominale et par la constatation de la position du col qui a subi une véritable version, a abandonné sa situation élevée sus-pubienne et apparaît dans le vagin.

Il ne reste plus qu'à fermer l'incision vaginale. Dans le premier cas de M. Villard, l'état septicémique de la malade fit craindre une infection possible et une mèche fut laissée dans l'ouverture. Ce drainage, qui n'eut aucune suite fâcheuse, fut peut-être inutile et en tous cas

était exagéré. Nous ne croyons pas qu'une telle pratique doive être suivie dans d'autres circonstances. La présence de la mèche retarde la guérison et s'accompagne toujours d'adhérences pelviennes qu'il est préférable d'éviter. Aussi, dans notre deuxième observation, l'incision a-t-elle été suturée par un simple surjet au catgut. Il n'est pas utile, en effet, de pratiquer une suture compliquée, la paroi vaginale se soudant très rapidement et, d'autre part, ne devant être soumise ultérieurement à aucune pression exagérée.

Il s'agit donc d'une véritable laparotomie vaginale avec réunion par première intention. L'intervention est terminée, elle ne sera suivie d'aucun lavage, d'aucun pansement intra-vaginal, toutes manœuvres risquant de provoquer des contractions utérines. Un simple tampon de gaze sera placé à l'orifice vulvaire. Par mesure de précaution, il est bon de laisser les malades au lit six à sept jours, mais, s'il était nécessaire, les opérées pourraient se lever plus tôt, car le traumatisme opératoire est insignifiant et la situation de l'utérus posé sur le détroit supérieur fait obstacle, en refoulant l'intestin, à toutes les pressions que celui-ci pourrait exercer dans la station verticale.

CHAPITRE III

Valeur comparative des interventions sanglantes

Pour bien comprendre les avantages et les indications de la colpotomie dans la réduction de l'utérus gravide en rétroversion, il est nécessaire de l'étudier comparativement avec les méthodes sanglantes utilisées en pareil cas. Celles-ci sont, nous l'avons dit, au nombre de deux : l'avortement provoqué et la laparotomie.

De *l'avortement provoqué*, nous dirons peu de choses, cette pratique n'est qu'un pis aller, elle est destinée à sauver la mère, alors que la colpotomie s'adresse uniquement à la rétrodéviatiôn et a pour but la continuation de la grossesse.

Nous préciserons dans le chapitre des indications les cas où il faut avoir recours à l'évacuation de l'utérus.

La *laparotomie* doit d'avantage retenir notre attention et nous allons voir s'il est préférable de relever l'utérus en l'attirant par l'abdomen ou de le refouler par le vagin incisé.

La laparotomie jouit, parmi ses défenseurs, d'une faveur justifiée par les bons résultats qu'elle a donnés, et Lerat, dans sa thèse, les résume en signalant : le traumatisme minime dans les cas non adhérents, la facilité

de sectionner les brides lorsqu'il existe des adhérences, d'enlever une tumeur lorsqu'un kyste de l'ovaire ou un fibrome sont cause de l'irréductibilité, la correction d'un diagnostic erroné, l'amélioration du pronostic de l'avortement s'il se produit et enfin la possibilité de terminer l'intervention par une fixation pariétale ou ligamenteuse. Il est certain que ces avantages sont réels, ils sont fonction même de l'intervention sanglante et la justifient, nous n'en discutons pas la valeur, car on les retrouve identiques dans l'incision vaginale, nous voulons simplement savoir si, dans la plupart des cas, ils ne sont pas réalisés plus facilement par la colpotomie que par l'ouverture de la paroi abdominale.

Tout d'abord, la laparotomie nécessite une anesthésie complète et sensiblement plus longue que la colpotomie, du fait de la nécessité d'une réparation très exacte de la paroi, celle-ci réclamant une suture minutieuse à trois étages.

L'ouverture du ventre exigera une attention toute particulière pour éviter la blessure de la vessie qui, anormalement développée, refoulée par la bascule utérine, distendue et flasque après son évacuation par le cathétérisme, pourrait, si l'on n'y prend garde, être blessée bien au-dessus de ses rapports anatomiques normaux. Nous ne savons pas si cet accident a été signalé, mais il est possible et doit être pris en considération.

D'autre part, la laparotomie devra, du fait des rapports anormaux de la vessie, rester haute, l'incision ne pouvant s'étendre jusqu'au pubis.

Une fois l'abdomen ouvert, l'utérus apparaît enclavé dans le pelvis, émergeant seulement par une calotte au-

dessus du détroit supérieur. Pour le désenclaver, on ne saurait le harponner comme un fibrome utérin, ou exercer sur lui des tractions avec un désenclaveur, il faut respecter la paroi utérine et les manœuvres présentent quelques difficultés. On ne peut le saisir avec les doigts en raison de sa convexité ; il faut alors glisser la main entre la face antérieure du sacrum et le globe utérin, ou introduire profondément un ou deux doigts comme le recommande Fabre. Il est certain que cette manœuvre est simple et ne présente pas de très réelles difficultés, mais lorsqu'un utérus est assez solidement enclavé pour justifier une intervention, il ne laisse pas de vide entre la ceinture pelvienne et lui, et l'intervention de la main nécessite une compression un peu énergique.

C'est de cette difficulté qu'est née la manœuvre conseillée par certains auteurs, qui consiste à se servir des ligaments comme tracteurs, pratique qui peut être rendue délicate lorsque les annexes ont suivi le mouvement de bascule du corps utérin et sont logées dans l'excavation : la traction sur le ligament rond seul est alors possible. Nous le répétons, ces manœuvres sont simplement délicates, mais dans une comparaison de procédés les nuances ont leur valeur.

La libération des adhérences, s'il en existe, mérite plus d'attention. En effet, les brides qui peuvent s'opposer à la réduction de l'utérus gravide se trouvent surtout dans le cul-de-sac postérieur. Si l'utérus n'a pas pu se relever, c'est qu'il était fixé par sa face postérieure, or, celle-ci n'est pas accessible par la laparotomie, ou très difficilement après des manœuvres de tractions énergiques. Le globe utérin cache l'agent même de son incar-

cération et c'est une bien mauvaise voie d'accès que celle qui conduit à l'obstacle par la face opposée à son siège.

L'argument qui invoque en faveur de la laparotomie la possibilité de compléter la réduction utérine par une hystéropexie ou une ligamentopexie, ne nous paraît présenter aucune valeur. Comme nous l'avons dit dans notre premier chapitre, les rétroversions de l'utérus gravide justiciables d'une intervention sanglante surviennent à une date de la grossesse qui, par le volume du ceps utérin, s'opposent à sa chute dans le pelvis une fois son désenclavement obtenu. Dans les cas assez graves pour nécessiter la laparotomie, l'utérus est comprimé à l'excès dans la ceinture pelvienne et aussitôt effectué son refoulement au-dessus du détroit supérieur, il s'appuiera par ses côtés sur celui-ci sans nécessiter aucun autre soutien. La pexie est donc inutile. Nous la considérons comme dangereuse au point de vue de l'avortement. S'il s'agit des ligaments, le traumatisme opératoire fait sur eux peut immédiatement ou secondairement retentir sur l'évolution de la grossesse. A plus forte raison l'hystéropexie pratiquée sur un utérus gravide est-elle formellement à rejeter.

Voyons maintenant les *avantages de la colpotomie*. Ceux-ci seront tout d'abord la rapidité de l'intervention qui peut être terminée en deux à trois minutes au maximum, y compris le surjet de l'incision vaginale. Quelle différence avec une restauration à trois étages de la paroi abdominale : économie de temps, d'anesthésie et de shock opératoire.

La colpotomie en permettant l'introduction des doigts

dans le pelvis, alors que ces doigts pressent sur le fond utérin ne fait qu'exagérer l'action que l'on réalise dans les tentatives de réduction manuelle non sanglante, elle porte simplement plus haut, plus profondément et plus directement l'action mécanique limitée par le fond du cul-de-sac vaginal si le vagin n'est pas incisé. C'est donc une manœuvre essentiellement rationnelle, puisqu'elle n'est que l'amplification du procédé habituellement suivi dans les cas simples.

Si l'on compare maintenant la facilité que l'on peut avoir pour réduire l'utérus en utilisant la voie abdominale ou la voie vaginale, il est aisé de comprendre que l'avantage va à cette dernière. Alors que, par la laparotomie il est délicat d'attirer le globe utérin, soit en glissant la main dans l'excavation pelvienne, soit en exerçant des tractions sur les ligaments, combien il est simple de repousser avec les doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur la masse utérine et de faire cheminer celle-ci dans la filière pelvienne au-devant des faces palmaires digitales servant de glissière inclinée. Quel est l'ouvrier qui, voulant faire progresser une boule enfermée à frottement dans un cylindre, chercherait à l'attirer à lui en exerçant son action du côté où il veut faire avancer le mobile et ne préférerait pas la repousser très simplement ?

A plus forte raison, la colpotomie paraît supérieure à la laparotomie, s'il existe des adhérences. Nous avons vu que celles-ci siégeaient sur la face inférieure de l'utérus ; elles se présenteront donc tout naturellement à l'opérateur une fois le cul-de-sac de Douglas ouvert et on pourra, soit les dilacérer au doigt si elles sont friables, soit les sectionner au ciseau.

Un autre facteur intervient en faveur de la colpotomie, c'est le rôle de la *pression atmosphérique*. Dans l'enclavement de l'utérus gravide, de même que dans l'enclavement non sous-séreux des tumeurs utéro-annexielles, la pression atmosphérique est un facteur important. Il suffit de se rappeler l'aspiration qui se produit au moment du désenclavement de certains fibromes, véritablement plaqués contre le plancher pelvien. Si l'adaptation des surfaces en présence était parfaite, il serait même impossible d'enucléer ces tumeurs et, dans le cas d'utérus gravide, où en raison de la souplesse des parois utérines l'adaptation avec la ceinture pelvienne est très exacte, il est indubitable que le vide atmosphérique joue un rôle sérieux.

Cette conception avait déjà été entrevue par Joulin qui, en préconisant la position génu-pectorale, pensait qu'en permettant à l'air d'entrer dans le vagin, il faciliterait la bascule de l'utérus en avant. A plus forte raison la colpotomie réalise ce mécanisme ; du fait même de l'ouverture du cul-de-sac postérieur, la pression atmosphérique s'exerce sur le globe utérin et celui-ci est en quelque sorte aspiré par la sous-pression abdominale et les mouvements diaphragmatiques.

Dans notre deuxième observation, l'action de la pression atmosphérique a été nettement mise en évidence par le sifflement d'aspiration qui s'est produit au moment de la réduction de l'utérus. En réalité, la réduction a été plutôt suivie par les doigts de l'opérateur que provoquée par eux.

Considérons maintenant les *suites opératoires* : les avantages signalés à propos de la laparotomie, au point

de vue de l'amélioration du pronostic d'un avortement qui serait devenu inévitable, se retrouve aussi bien si la réduction a été faite par voie vaginale. Mais combien plus simple et plus rapide est la guérison avec cette dernière méthode. Les malades peuvent se lever au septième jour, sans crainte d'hématome pariétal, alors que la laparotomie réclamera au moins quatorze jours de décubitus horizontal, et si l'on envisage les suites plus éloignées, la cicatrice de l'incision abdominal, ne supportera pas sans inconvénient la rapide distension à laquelle va la soumettre le développement de la grossesse. Alors qu'on voit chez des femmes enceintes des éventrations survenir du fait même de la grossesse, combien cet accident sera encore plus menaçant si la cicatrice opératoire ne remonte qu'à quelques semaines ou à quelques mois, et surtout si l'on songe que la majorité des utérus gravidés en rétroversion survient chez des multipares.

Avec l'incision vaginale, rien à craindre dans cet ordre d'idées et, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, l'élévation même de l'utérus dans la cavité abdominale sera une protection pour la cicatrice vaginale.

Voilà bien des considérations en faveur de la colpotomie comparée à la laparotomie. De tous les arguments invoqués en faveur de celle-ci, un seul garde sa valeur : celui de la possibilité d'une erreur de diagnostic ou de la concomitance d'une tumeur fibromateuse ou kystique surajoutée à la grossesse. L'erreur de diagnostic ne doit pas entrer en ligne de compte et même, si par aventure elle se réalisait, une incision du cul-de-sac de Douglas n'aurait aucune importance si elle ne restait qu'exploratrice et au cas où elle conduirait sur une hématocele

comme Schwartz, Vignard et Lerat avaient pu le croire avant d'intervenir, elle serait cependant curatrice. Par contre, la laparotomie reprendra ses avantages, si la rétroversion est sous la dépendance d'une tumeur abdominale. L'obstacle est en haut, il faut aller le chercher par la voie haute.

Toutes ces raisons nous mettent à même maintenant de préciser les indications de la colpotomie dans la rétroversion de l'utérus gravide.

CHAPITRE IV

Indications

D'une façon générale, les indications d'une intervention sanglante dans les rétroversions de l'utérus gravis sont exceptionnelles, et on ne doit y avoir recours que lorsque l'irréductibilité par les manœuvres ordinaires a été définitivement constatée.

Au point de vue de l'opportunité de l'opération, nous devons envisager un certain nombre de cas cliniques créant des situations et des indications différentes : 1° La rétroversion ne détermine que des phénomènes de faible intensité ; 2° Elle s'accompagne de symptômes inquiétants réclamant un traitement rapide ; 3° Les accidents sont aigus et présentent un caractère d'extrême gravité avec menaces pour la mère et l'enfant ; 4° La rétroversion utérine est associée à une tumeur abdominale concomitante.

Dans le premier cas, il s'agit de douleurs abdominales légères et surtout de troubles urinaires, caractérisés par de la difficulté des mictions, par leur fréquence ou même par de la rétention avec incontinence par regorgement. La grossesse est entre le troisième et le quatrième mois. Il n'y a à ce moment que des phénomènes mécaniques

mais pas encore d'infection. C'est dans ces circonstances que les manœuvres simples ont toutes chances d'aboutir. Elles consisteront tout d'abord dans l'évacuation de la vessie et, dans bon nombre de cas, on verra la réduction s'opérer à la suite de simples cathétérismes.

Mais le plus habituellement, il sera nécessaire de recourir à la réduction manuelle par des pressions vaginales lentes et prudentes, en aidant à la réduction par la position génu-pectorale. La situation de la malade ne comportant aucune indication d'urgence, on pourra répéter les manœuvres pendant plusieurs jours, préférant une réduction progressive à des tentatives trop énergiques qui risqueraient de provoquer l'avortement. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que dans le premier cas on sera conduit à l'intervention sanglante et seulement lorsque l'irréductibilité aura été définitivement constatée.

S'il faut recourir à l'incision chirurgicale, nous pensons que la colpotomie aura là sa place, en raison de la simplicité de son manuel opératoire et même nous nous demandons s'il ne serait pas prudent d'y avoir recours sans insister trop longuement sur la réduction manuelle qui risque, peut-être davantage que la colpotomie de provoquer des contractions utérines. C'est cette indication qui a été remplie dans notre observation II.

Nous préférierions certainement l'incision du cul-de-sac postérieur à la manœuvre décrite par Bar, qui conseille de saisir avec une pince tire-balles la lèvre antérieure du col, et d'exercer sur elle des tractions plus ou moins fortes, pendant qu'au fond du cul-de-sac postérieur, deux doigts de la main restée libre refoulent

l'utérus en avant. Nous estimons plus dangereux de faire des tractions sur le col que d'ouvrir le cul-de-sac postérieur et, d'autre part, il doit être souvent difficile de saisir au-dessus de la symphyse pubienne la lèvre antérieure d'un col dont on atteint difficilement avec le doigt la lèvre postérieure.

Dans le second cas qui est celui le plus habituellement rencontré dans les services de chirurgie générale, la situation est inquiétante. Il existe de l'infection vésicale avec retentissement sur l'état général de la mère et des menaces d'avortement. Les tentatives de réduction habituelles doivent néanmoins être essayées. On les voit souvent réussir bien que la situation paraisse grave. Nous rapportons, à titre documentaire, notre observation III, chez laquelle une femme était envoyée d'urgence à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu. Un simple cathétérisme l'a guérie de ses troubles urinaires et de sa rétroversion gravidique. Pourtant la situation presse. Attendre, c'est exposer la malade à la cystite gangréneuse et à l'avortement infecté. Si la réduction manuelle échoue, il faut sans plus tarder recourir à l'intervention sanglante et pour nous à la colpotomie.

Dans le troisième cas, la situation est tout à fait menaçante, la cystite gangréneuse est en voie d'évolution. L'état général est mauvais, l'avortement paraît à peu près certain. L'évacuation de l'utérus a été longtemps considérée comme l'ultime ressource. C'est cette conduite qui a été suivie par M. Pollosson, cité par Trillat. Certains auteurs mêmes, tel que Nogueira, ont pratiqué, en pareille circonstance, l'hystérectomie abdominale.

Sans aller jusqu'à cette dernière intervention, l'avor-

tement provoqué est évidemment une suprême chance, mais nous ne sommes tentée de l'admettre qu'autant que l'avortement sera franchement considéré comme inévitable, c'est-à-dire qu'il sera commencé. Sans pouvoir nous appuyer sur des faits précis, nous considérons seulement la facilité de la réduction par la colpotomie et pensons, qu'en effectuant celle-ci, on pourrait attendre l'évolution ultérieure sans trop de risques. Si l'avortement spontané se produit, il se fera dans de bonnes conditions mécaniques et les troubles vésicaux pourront peut-être, malgré les apparences, évoluer vers la guérison.

Le cas de notre observation I se rapproche de cette catégorie de faits. L'avortement n'était pas très menaçant, il est vrai, mais la cystite gangréneuse était en pleine évolution et, pendant plusieurs jours, on a pu craindre la perforation de la vessie. Tout est cependant rentré dans l'ordre. La grossesse a continué et la muqueuse vésicale s'est réparée.

Dans ces cas la colpotomie nous paraît supérieure à la laparotomie, parce que beaucoup plus rapide et moins traumatisante.

Il reste enfin une dernière classe, celle où la rétroversion utérine est provoquée par la concomitance d'un fibrome ou d'un kyste ovarien. Ici, la colpotomie doit céder le pas à la laparotomie qui reprend tous ses droits. Vouloir pratiquer en pareille circonstance la simple colpotomie serait se mettre dans des conditions opératoires très défavorables. Il faut pouvoir, par une laparotomie large, juger des modifications anatomiques réalisées par la tumeur surajoutée, et enlever celle-ci dont la pré-

sence serait un obstacle au développement normal de la grossesse. Seule l'ouverture de l'abdomen par voie haute peut remplir ces indications, c'est donc à elle qu'il faudra avoir recours, tant au point de vue de la facilité des manœuvres, que de la sécurité opératoire.

En résumé, la colpotomie sera indiquée dans tous les cas d'irréductibilité définitive de l'utérus gravide en rétroversion. Elle sera pratiquée rapidement dans les formes sévères accompagnées d'accidents infectieux de la vessie, et après une période d'expectation dans les formes bénignes où n'existeront que des accidents mécaniques, en évitant toutefois d'insister sur les tentatives de réduction manuelle jusqu'à un point qui risquerait de provoquer l'avortement.

La réduction par laparotomie restera indiquée dans les cas de rétroversion de l'utérus gravide compliqués de fibrome ou de kyste.

CHAPITRE V

Observations.

OBSERVATION I

Rétroversion utérine. Grossesse de quatre mois. Irréductibilité. Cystite gangréneuse. Réduction par colpotomie. Guérison.

F., Antoinette, 28 ans, cultivatrice.

Entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. Villard, le 22 octobre 1903. Pas d'antécédents héréditaires. Personnellement, s'est toujours bien portée dans son enfance. Règlée normalement à 12 ans. Légère anémie à 18 ans. Mariée à 19 ans. Le mari est bien portant. La malade a eu quatre enfants, dont l'ainé est mort en nourrice, à 3 mois, de gastro-entérite; les trois autres enfants sont vivants et bien portants.

Le premier accouchement a été suivi de phénomènes graves, infectieux, caractérisés par une température très élevée et du délire. Ces accidents furent accompagnés d'une phlébite qui demanda un an pour disparaître complètement.

Accouchements ultérieurs normaux. Le dernier aurait été suivi de pesanteurs dans le bas-ventre et de malaises qui nécessitèrent, après examen d'une accoucheuse, le port d'un pessaire, celle-ci ayant constaté, au dire de la malade, une chute de la matrice.

Règles normales, ni métrorragies, ni pertes blanches.

Ce pessaire fut gardé deux mois seulement et remplacé par le port d'une ceinture abdominale.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, la malade a été prise brusquement de phénomènes très douloureux irradiés à tout l'abdomen, avec maximum dans la région sous-ombilicale. Elle crut à un avortement, se sachant enceinte de quatre

mois, les dernières règles ayant eu lieu le 8 juin. Le début de la grossesse avait été normal. En même temps que les phénomènes douloureux apparaissaient des pertes blanches et des douleurs à l'occasion des mictions. Ces troubles n'ont cessé de s'accroître jusqu'à l'arrivée de la malade à l'hôpital.

À l'entrée, la malade se présente avec un état général mauvais. Les traits sont tirés, le faciès est anxieux et témoigne des douleurs ressenties. Celles-ci sont surtout d'origine vésicales ; les mictions sont incessantes, se produisant toutes les 10 ou 15 minutes, en s'accompagnant de vives douleurs. L'urine émise est fortement trouble, franchement purulente, contenant quelques stries sanglantes et de petits débris sphériques de la muqueuse. L'odeur en est infecte.

L'examen de l'abdomen montre de la tuméfaction de la région sous-ombilicale, qui est soulevée par une saillie arrondie formée par la vessie, celle-ci ne se vidant que très incomplètement et presque par regorgement.

Au toucher vaginal, le cul-de-sac postérieur est complètement effacé, rempli par une masse volumineuse de consistance pâteuse, de forme globuleuse, et en aucun point on ne peut sentir de col utérin. En faisant pénétrer très profondément l'index en arrière du pubis, très haut, on parvient à atteindre difficilement le col, qui est situé au moins à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Il présente un ramollissement symptomatique qui confirme la grossesse.

La température est élevée et dépasse 39°.

En présence de ces accidents, on fait le diagnostic d'utérus gravide de quatre mois et demi en rétroversion, avec cystite gangréneuse. Les tentatives de réduction ayant échoué, on décide de recourir à la réduction sous anesthésie.

25 octobre. *Intervention* (M. VILLARD). — Anesthésie. On s'efforce d'obtenir la réduction manuelle, et bien que les manœuvres soient énergiques et prolongées, celle-ci se montre impossible. On hésite à recourir à la laparotomie ; on pense alors à tenter la réduction après ouverture du cul-de-sac postérieur. Celui-ci est incisé largement ; trois doigts sont glissés

par l'ouverture, ils contournent la face inférieure du corps utérin en cherchant à atteindre la concavité sacrée. Au cours de ces manœuvres, le globe utérin est progressivement repoussé en avant et les doigts, en s'incurvant, peuvent atteindre par leur face dorsale le promontoire, pendant que le fond utérin est englobé en quelque sorte par la paume de la main. Il suffit à ce moment d'allonger les doigts pour faire glisser comme sur un plan incliné tout l'utérus et obtenir ainsi la réduction. Une mèche fut laissée dans l'incision vaginale.

26 octobre. — L'état de la malade est très satisfaisant ; les douleurs ont en grande partie cessé, l'utérus est bien en place dans la cavité abdominale ; seuls, persistent des accidents sérieux de cystite : la malade a encore éliminé des lambeaux gangrenés de muqueuse vésicale.

1^{er} novembre. — La grossesse suit son cours normal, l'état général est bon ; la cystite, encore persistante, est en grande voie d'amélioration. La mèche a été enlevée au septième jour.

22 novembre. — La malade quitte l'hôpital, complètement guérie. La grossesse évolue normalement.

OBSERVATION II

Rétroversion utérine. Grossesse de quatre mois. Irréductibilité. Rétention d'urine aseptique. Réduction par colpotomie. Guérison.

D..., Marie, 42 ans, cultivatrice,

Entrée salle Gensoul, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Villard, le 4 décembre 1918, pour un kyste de l'ovaire.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement, s'est toujours bien portée.

Réglée vers 15 ans. Règles toujours régulières et indolores.

Mariée à 25 ans. Le mari est en bonne santé. Elle a eu six grossesses à terme. Accouchements normaux. Deux enfants sont morts : l'un à 11 ans, de rougeole, et l'autre à 2 ans, de maladie indéterminée. La dernière grossesse est de 1914.

L'accouchement a eu lieu en août 1914. Elle a nourri pendant seize mois.

Les règles ont réapparu trois mois après la naissance de l'enfant et, depuis, ont été très régulières jusqu'en juillet 1918. La malade n'a jamais souffert du ventre. Dernières règles, fin juillet 1918.

Fin septembre, les mictions deviennent plus fréquentes, douloureuses et abondantes.

Vers le 15 novembre, en trois ou quatre jours, il se développe dans l'abdomen une énorme tumeur fluctuante, du volume d'un fœtus. Les mictions sont supprimées, et avec beaucoup d'efforts elle arrive à émettre quelques gouttes d'urine, puis, après une semaine, elle urine seulement par regorgement.

Elle est envoyée à l'hôpital, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire.

A l'examen, on constate un abdomen globuleux très distendu.

A la palpation, on perçoit une masse volumineuse fluctuante donnant la sensation d'un kyste.

Au toucher vaginal, le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse de forme arrondie.

Au premier abord, on ne perçoit pas le col utérin. On le découvre très haut, caché derrière le pubis ; il présente un ramollissement correspondant à la date d'arrêt des règles. Chaque fois que l'on pratique le toucher vaginal, la malade a une miction (signe de Laroyenne).

Un cathétérisme évacuateur ramène quatre litres. Le pseudokyste s'efface.

Le cathétérisme est fait deux fois par jour et plusieurs tentatives de réduction manuelle sont pratiquées pendant les jours suivants. En présence de leur échec, on se décide à recourir à une opération sanglante.

11 décembre 1918. *Intervention* (M. VILLARD). — Ouverture du cul-de-sac postérieur permettant l'introduction de trois doigts, qui sont glissés en arrière du corps utérin au-devant

du sacrum. L'utérus est ainsi relevé très facilement, et, au moment de sa réduction dans l'abdomen, on perçoit un bruit d'aspiration caractéristique.

Suture par un petit surjet au catgut de la paroi vaginale.

12 décembre. — La malade va très bien et depuis le matin elle a commencé à uriner seule.

20 décembre. — La guérison est complète, la malade se lève et la grossesse suit son cours.

OBSERVATION III

Utérus en rétroversion. Grossesse de trois mois. Accidents vésicaux simulant un kyste de l'ovaire tordu. Réduction par simple cathétérisme vésical.

L..., Mélanie, 41 ans.

Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, service de M. Villard, le 17 janvier 1906, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu. Les accidents ont débuté brusquement dans la nuit, il y a quarante-huit heures, avec des douleurs vives dans la région sous-ombilicale et irradiations dans la région lombaire. En même temps, survenait de la dysurie et, le lendemain, une rétention à peu près complète. Etat nauséux. A l'entrée, la malade se présente avec un facies angoissé, un teint plombé, l'abdomen est volumineux, soulevé sur la ligne médiane par une tumeur ovoïde remontant jusqu'à l'ombilic. La palpation, très douloureuse, montre qu'il s'agit d'une tumeur liquide relativement mobile ; sonorité dans les flancs. L'interrogatoire révèle que les dernières règles remontent à trois mois. Le toucher vaginal permet de sentir une masse globuleuse arrondie occupant tout le Douglas et refoulant le cul-de-sac postérieur presque jusqu'à la vulve. Le col, très difficile à situer, est reporté en haut, derrière la symphyse. Il présente un ramollissement symptomatique. L'ensemble du toucher est douloureux. Il s'agit manifestement d'un utérus gravide en rétrover-

sion, avec rétention vésicale. La tumeur abdominale qui a été prise pour un kyste n'est que la vessie distendue.

Le cathétérisme permet de retirer environ 3 litres 500 d'urine. Aussitôt après l'évacuation de la vessie, on perçoit très bien le corps utérin en rétroversion et rétroflexion.

En raison des douleurs de la malade, on décide de pratiquer, sous anesthésie, les tentatives de réduction manuelle, et l'intervention est remise au lendemain.

19 *Janvier*. — Au moment d'intervenir, on constate que, sous l'influence du cathétérisme, la déviation utérine s'est réduite spontanément.

2 *février*. — Les troubles urinaires ont persisté jusqu'à aujourd'hui ; la vessie est restée atone, nécessitant des cathétérismes, probablement en raison de sa grande distension. Actuellement, les mictions spontanées ont reparu.

4 *février*. — La malade quitte le service dans un état très satisfaisant.

CONCLUSIONS

1° Si le plus habituellement l'utérus gravide en rétroversion peut être réduit par des manœuvres simples (cathétérisme vésical, décubitus abdominal, pression manuelle), dans quelques cas, l'incarcération s'accompagne d'accidents graves nécessitant une réduction rapide justifiable d'un traitement chirurgical ;

2° Les interventions qui ont été proposées sont l'avortement et la laparotomie suivie ou non d'hystéropexie ou de ligamentopexie ;

3° La colpotomie, avec refoulement du corps utérin par manœuvres intra-péritonéales (Villard), doit s'ajouter aux procédés précédents ;

4° Les avantages de la colpotomie sur la laparotomie sont : action directe et plus simple des manœuvres sur l'utérus rétroversé, facilité plus grande de libération des adhérences s'il en existe, adjuvant de la pression atmosphérique par suppression du vide pelvien, absence de cicatrice sur une paroi abdominale prochainement soumise à la distension grávidique ;

5° La réduction par colpotomie paraît entraîner le minimum de risques d'interruption de la grossesse ;

6° La colpotomie dans le traitement des rétroversions de l'utérus gravide sera réservée aux cas graves dans lesquels les tentatives manuelles de réduction auront échoué.

Vu :

Le Président de la Thèse,

AUG. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 21 décembre 1918.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDELLOCQUE. — Thèse Paris, 1784.
- AMUSSAT. — *Journal de Chirurgie*, 1843.
- SALMON. — De la rétroversion de l'utérus gravide. (Th. agrégation, Paris, 1863.)
- BARTH (J.-B.). — Rétroversion utérine à quatre mois de grossesse, enclavement, redressement par main en rectum. (*Gazette des Hôpitaux*, 1864, XXXVII, p. 449.)
- VIGNARD. — Traitement de la rétroversion de l'utérus gravide. (*Gazette hebdomadaire*, 1867.)
- CAILLETET. — Rétroversion pendant la grossesse. (Th. Paris, 1868.)
- NOEGELÉ et GRENSER. — Traité d'accouchement, 1869.
- FRANCE (DE). — De la rétroversion utérine pendant la grossesse, au point de vue de son traitement. (Th. Paris, 1874.)
- DEPAUL. — Cliniques obstétricales (1876).
- PLAYFAIR. — Traité d'obstétrique, 1879.
- DUCOR. — De la rétroversion de l'utérus gravide. (Th. Paris, 1879.)
- CHANTREUIL. — Rétroflexion de l'utérus gravide. (*Archives de Tocologie*, 1879, p. 230.)
- CHARPENTIER. — Pratique des accouchements, 1883.
- PINARD et VARNIER. — Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide. (*Annales gynécologiques*, 1886.) — Cystite gangréneuse et rétroversion. (*Annales gynécologiques*, 1887.)
- SEYTRE. — Du renversement de la vessie dans le Douglas, compliquant la rétroversion de l'utérus gravide. (Th. Lyon, 1887.)
- AUVARD. — Traité pratique des accouchements, 1891.

- TREUB. — Die Todesurachen bei incarceration uteri gravidi retroflexi. (*Centralbl. f. Gyn.*, 1892, p. 375.)
 — La rétroversion de l'utérus gravide. (In traité Bar, Brindau, Chambrelent.)
- GUINARD. — Congrès de Chirurgie, 1893, p. 146.
- GOTTSCHALK. — Fall von tödtlicher Abnückung des S. romanum in Folge von retroversis uteri gravidi am Ende des 4 Monats. (*Zeitschrift f. Gebur. und Gynæk. Stuttg.*, 1894. — *Annales de Gynécol.*, 1895.)
- HARDOUIN. — Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide. (Th. Paris, 1895-96.)
- CONGRÈS DE BORDEAUX, 1895.
- CONGRÈS DE GENÈVE 1896: Rapports de Küstner, Pozzi, Polk.
- JACOBS. — Laparotomies en certains cas de rétroflexion de l'utérus gravide. (*Journal Accouch. de Liège*, 1898. — *Journal Médical de Paris*, 1898, p. 489. — *Bulletin de la Société belge de Gynécol. et Obst.*, 1898.)
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité d'Obst., 1898.
- MULLER. — Die Behandlung des uterus gravidus incarceratus mit dem Clastischem Ballon. (*Centralblatt f. Gynæk.*, Leipzig, 1898, p. 1151.)
- HARLAY. — Contribution à l'étude de la rétro-déviation de l'utérus gravide. (Th. 1898-1899.)
- SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE, de Paris. (Communication de Pinard, Segond, Schwartz, Hartmann, Doleris, Pozzi, 1899-1900.)
- MOUCHET, de Sens. — Deux cas de réduction après laparotomie d'utérus gravide rétrofléchi. (*Annales de Gynécol.*, 1900, p. 583.)
- CLERC (M.). — Traitement de la rétroversion irréductible de l'utérus gravide. (Thèse, Paris, 1900.)
- FUNCKE. — Beitrag zur Belastungstherapie bei retroflexio uteri gravide. (*Centralbl. f. Gyn.*, 1900.)
- DEMELIN. — Obstétrique, 1896. — Obstétrique, 1897. — Obstétrique d'urgence, 1900.
- FIGUIERA. — Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse. (Thèse Paris, 1902-1903.)
- PONEY. — Quelques observations de rétro-déviation gravidiques. (*La Gynécologie*, 1903, p. 121.)

- MARTIN. — Réduction de rétroflexion d'utérus gravide après laparotomie. (*Annales Gynécol.*, 1903. — *Revue médicale de Normandie*, 1903.)
- BARSE. — Opérations conectives des déviations utérines et leurs résultats. (Thèse Montpellier, 1915.)
- CONGRÈS DE LISBONNE, 1905. — Rapport de Richelot.
- KUSTNER (Otto). — Retroflexio, versio, uteri gravidi. (*Handbuch f. Gynæk.* von Veit. B., I, 1907.)
- TRILLAT. — Troubles urinaires dans la rétroversion de l'utérus gravide. (*Annales Gynécol.*, 1907.)
- TRILLAT et VIOLET. — De quelques faits concernant les troubles urinaires de la rétroversion de l'utérus gravide. (*Annales génito-urinaires*, 1907, p. 561.)
- DAYOT et HARDOUIN. — Enclavement d'un utérus gravide fibreux. Laparotomie. Myomectomie. Accouchement à terme. (*Revue de Gynéc. et Chirurgie abd.*, 1908, p. 355.)
- CAMPBELL. — Rupture d'un utérus gravide rétroversé et incarcerated. (*The Journ. of Obst. and Gynæk. of the british Empire*, 1908, n° 6.)
- LAPOINTE. — *La Clinique*, 1908, p. 345, 435, 613.
- COUVELAIRE. — Société O. G. P. Février 1909.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBELENT. — Pratique des accouchements, 1909. (Art. de Treub.)
- PINARD. — *Annales Gynécologie*, 1886, p. 344
Société O. G. P., 3 mars 1899.
Annales Gynécologie, 1898, p. 241.
Académie de médecine, 1900.
Société O. G. P. Décembre 1901. Juillet 1909.
- BAR. — Rétroversion de l'utérus gravide. (*Journal des Praticiens*, 1910, p. 145.)
- PUPPEL (Ernst), de Mayence. — Laparotomie bei retroflexio uteri gravidi incarcerati. (*Monatsch. Geburtshülfe und Gynæk.* Band 31, Heft 1^{er} janvier 1910, Seit 87.)
- RUDAUX. — Des interventions abdominales portant sur l'utérus pendant la grossesse. (*La Clinique*, 22 avril 1910, n° 16, p. 244.)
- VIGNARD. — Laparotomie dans la rétroflexion de l'utérus gravide. (*Gazette médicale de Nantes*, 12 novembre 1910, n° 46, p. 949.)

- RAICHSTEIN. — De la rétroversion de l'utérus gravide. (Thèse Paris, 1910.)
- GROSSE. — La rétroversion de l'utérus gravide. Causes. Traitement. (*Gazette médicale*, Nantes, 21 janvier 1911.)
- DOLERIS. — Raccourcissements des ligaments ronds. (*Gazette des Hôpitaux*, 1889, p. 170. — *Gynécologie*, 15 juin 1902, 15 octobre 1904.)
— Thérapeutique des déviations génitales. (*La Gynécologie*, 1911.)
- CONGRÈS OBSTÉTRIQUE DE GYNÉCOLOGIE FRANÇAISE 1911. Rapport de Doleris.
- LERAT. — La rétroversion de l'utérus gravide et son traitement. (Thèse Paris, 1911.)
- NOGUEIRA. — Rétroversion aiguë de l'utérus gravide. Laparo-hystérectomie. (*La Prensa medica*, Cuba, 15 mars 1912.)
- FABRE. — Précis d'Obstétrique, 2^e édition, 1915.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie*, 1916

